

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CASO CLINICO FACTORES SOCIALES EN LA ADHERENCIA DE LOS
PACIENTES AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DEL CENTRO DE
SALUD ENRIQUE MONTENEGRO SAN JUAN DE LURIGANCHO**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

LIC. JUNCHAYA CAVERO, GRISELDA VIVIANA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA SALUD
PUBLICA CON MENCIÓN EN SALUD FAMILAR Y COMUNITARIA**

ASESORA:

MG. AMANCIO CASTRO, ANA MARIA

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi familia, en especial a mis padres, los cuales me brindaron apoyo incondicional en mis estudios logros a lo largo de mi vida ya que gracias a ellos he podido culminar con éxito mi Carrera, enseñándome que no hay imposibles en la vida, por la paciencia y consejos en los momentos más difíciles que se me ha presentado y que gracias a sus palabras de aliento he sabido salir adelante.

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento en primer lugar a Dios por darme vida y permitirme haber estudiado una carrera que me llena de placer, experiencias importantes en mi vida, por la salud y la vocación de servicio hacia los demás.

A mis padres, hermanos, por su constante amor, cariño, por cada uno de sus sacrificios, porque con ello me enseñaron que todo sacrificio tiene su recompensa, gracias sin ustedes nada de esto hubiese sido posible.

A mi asesora que me permitió obtener un nuevo logro profesional, que con las facilidades dadas para poder revisar mi caso clínico.

Las Serums cuando hice mis prácticas de internado, quienes fueron el pilar fundamental en mi formación a lo largo de la carrera, porque no solo transportaron sus conocimientos si no sus experiencias vividas y más que serums fueron docentes que formaron parte de mi diario.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I	8
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	8
CAPITULO II	16
BASES TEÓRICAS	16
TEORIA DE ENFERMERIA.....	24
ESTUDIOS PREVIOS	25
CAPITULO III	28
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.....	28
GLOSARIO.....	35
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39
ANEXOS	40

RESUMEN

El caso clínico trata sobre Tuberculosis Pulmonar multidrogoresistente, esta enfermedad en los últimos años se ha convertido en una de las epidemias más preocupantes dentro de la salud pública y una de las primeras causas de mortalidad a nivel mundial. En este trabajo se informa como es la evaluación de una paciente femenina de 20 años de edad, diagnosticada con tuberculosis multidrogoresistente, la cual inicia los síntomas, con pérdida progresiva de peso y apetito que fue progresando paulatinamente con los meses, además de una debilidad impidiéndole realizar las actividades cotidianas. Se presenta los problemas que existe muchas veces en pacientes con tuberculosis, los cuales presentan manifestaciones clínicas que conlleva a los pacientes a no tener una adherencia adecuada al tratamiento antituberculoso. De la misma forma se da a conocer con este estudio cuáles son los factores sociales que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso de la paciente. Se recabó información desde el inicio de la patología hasta el momento actual, se detalla la evolución de la enfermedad, se realiza una valoración, subjetiva y/o objetivas; con la finalidad de realizar los diagnóstico, que nos llevará a realizar un plan de intervenciones para facilitar el cuidado y mejoramiento de la calidad de vida. El trabajo está organizado de la siguiente manera: En el Capítulo I realizamos la Presentación del Caso clínico; en el Capítulo II comprende las Bases Teóricas; en el Capítulo III planteamos la Presentación del Proceso de Atención de Enfermería, finalizamos con la presentación de las Conclusiones y Recomendaciones.

Palabras Clave: tuberculosis, adherencia, factores sociales.

ABSTRACT

The clinical case is about multidrug-resistant Pulmonary Tuberculosis, this disease in recent years has become one of the most worrisome epidemics within public health and one of the leading causes of mortality worldwide. This study reports the evaluation of a female patient of 20 years of age, diagnosed with multidrug-resistant tuberculosis, which begins the symptoms, with progressive loss of weight and appetite that gradually progressed with the months, in addition to a weakness impeding it Perform daily activities. We present the problems that often exist in patients with tuberculosis, which present clinical manifestations that leads patients to not have adequate adherence to antituberculosis treatment. In the same way, the social factors that influence adherence to antituberculous treatment of the patient are presented in this study. Likewise, this study reveals social factors that influence adherence to the patient's antituberculous treatment.

Information was collected from the beginning of the pathology to the present moment, it details the evolution of the disease, it is made an evaluation, subjective and / or objective; With the purpose of performing the diagnosis, which will lead us to make a plan of interventions to facilitate the care and improvement of the quality of life. The work is organized as follows: In Chapter I we make the Presentation of the clinical case; In Chapter II includes the Theoretical Bases; In Chapter III we propose the Presentation of the Nursing Care Process, we conclude with the presentation of the Conclusions and Recommendations.

Key Words: tuberculosis, adherence, social factors.

INTRODUCCIÓN

“La Tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que ha acompañado a la humanidad y que afecta al mundo entero sobre todo a países pobres, esta enfermedad cuyo agente transmisor es el *Mycobacterium tuberculosis*, se extendió de manera masiva durante el XIX como consecuencia de la formación de barrios marginales, la pobreza, la alimentación deficiente y de unas condiciones higiénicas insuficientes impuestas por el naciente capitalismo”. (Rev Cient Cochabamba, 2009)

La tuberculosis se transmite de persona a personas a través del aire, cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire, basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada. Las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen a lo largo de la vida un riesgo de enfermarse de tuberculosis de un 10%, sin embargo este riesgo es mucho mayor para las personas cuyo sistema inmunitario está dañado, como ocurre en casos de infección por el VIH, mal nutrición o diabetes, o en quienes consumen tabaco, se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir esas personas están infectadas por el bacilo pero aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección. (OMS, 2015)

Más de un tercio de la población del planeta está infectada actualmente con el bacilo de la tuberculosis y tiene riesgo de enfermarse durante el resto de su vida. Se estima que cerca de nueve millones de personas se enferman anualmente de tuberculosis y que cada enfermo transmitirá la infección a 10 personas por año si no recibe tratamiento. (Manual de normas y procedimientos para el control de la tuberculosis ,2010)

El presente caso trata de una paciente de 20 años de edad con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar multidrogaresistente, que presenta tos esporádica con movilización de secreciones y manchas de sangre en cada expectoración, dolor torácico, falta de aire a pequeños esfuerzos, fiebre nocturnas, falta de apetito. Este trabajo brinda los cuidados, que se debe tener con pacientes con tuberculosis, para que se logre una buena adherencia y logremos que el paciente se cure, y tenga una calidad de vida adecuada.

CAPITULO I

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Antecedentes personales

Paciente femenina de 20 años, soltera, con nivel académico secundario, sin ocupación, los padres se encargan de sus gastos. Vive con sus padres, dos hermanas con sus respectivas parejas e hijos. La familia tiene un nivel socioeconómico medio, los padres ingresan dinero con su trabajo y una de las hermanas colabora con una cantidad para el hogar. Su nivel cultural del paciente es medio.

Paciente posee rasgos de personalidad introvertida, e inestabilidad emocional, ella refiere que siempre ha sido tímida, que su ambiente familiar nunca ha habido suficiente comunicación, sino más bien un exceso de críticas, control y agresividad verbal; por ello es poco habitual hablar en familia de los problemas que puedan haber, no hay una autoridad de los padres hacia ella, no existe una relación estrecha familiar. Ella refiere no tener mucha esperanza de su situación con la vida, refiere que hace dos años estuvo con un chico el cual al enterarse que tenía tuberculosis la dejó.

Octubre del 2015, la paciente acude al establecimiento de Salud Enrique Montenegro, manifestando tos y flema por más de 15 días, fiebre nocturna, dolor torácico, es evaluada en el servicio de medicina indicando la prueba de baciloscopia y radiografía de tórax.

Los resultado de baciloscopia arroja positivo, ingresa al programa de tuberculosis e inicia tratamiento. Iniciando tratamiento sensible, a los 15 días se recibe los resultado del genotype, en donde la prueba nos indica que era resistente a isoniácida y rifampicina, indicando ser Multidrogoresistente, se le informa a la paciente y familiares sobre el nuevo esquema de tratamiento de la paciente, tomo dos días, no acepto el tratamiento con inyectables y abandona tratamiento antituberculoso a los 15 días de iniciar tratamiento sensible, no ingresando a tratamiento multidrogoresistente.

El 11 de enero del 2017, a los 12 meses de abandonar el tratamiento antituberculoso, paciente acude con su madre al centro de salud, refiere que hace más o menos 15 días inicia tos que moviliza secreciones, de forma brusca con hemoptisis, además se acompaña de dolor lumbar que se incrementa en cada acceso de tos, hace 24 horas se acompaña de alza térmica, mas cefalea, pérdida de peso hace 1 mes.

Al examen físico

P/A: 90/70

Fc: 79

Fr: 20 x´

Peso: 65kg

T°: 37.5°C

Paciente despierta, afebril en tiempo y espacio, cabeza normo cefálica, cabello de implantación y distribución normal, ojos pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, nariz fosas nasales permeables, boca mucosas orales húmedas orofaríngeas no congestivas, cuello no adenopatía tiroidea, tórax expansibilidad disminuida, corazón ruidos cardíacos rítmicos no se auscultan soplos, pulmones murmullo vesicular abolido en base pulmonar derecho estertores en campo pulmonar izquierdo, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación y extremidades simétricas no edematosas.

Se le envía realizar exámenes de baciloscopia, genotype, radiografía de tórax y de sangre. Siendo los resultados de la baciloscopia positiva (+++).

Resultado de Radiografía.

En la radiografía de tórax, se observa caverna en el lóbulo superior del pulmón derecho, infiltraciones en ambos pulmones.

Exámenes auxiliares

Bioquímica	Resultados	Valores de Referencia
Glucosa	116 mg/dl	(60-110 mg/dl)
Creatinina	0.9 mg/dl	(0.3 -1.4 mg/dl)
Bilirrubina total	0.6 mg/dl	(0.6 -1.2 mg/dl)
Bilirrubina directa	0.3 mg/dl	(0.1 – 0.3 mg/dl)
Bilirrubina indirecta	0.6 mg/dl	(0.2 -0.9 mg/dl)
Proteínas totales	6.3 mg/dl	(6.0 – 8.0 mg/dl)
Albumina	3.6 mg/dl	(3.2 – 5.0 mg/dl)
Fosfatasa alcalina	139 UI/l	45-129 U/L
TGO	110 UI/l	Hasta 40 U/L
TGP	140 U/L	Hasta 45 U/L

Hematología	Resultados
Hemoglobina	10.0 g/dl
Hematocrito	30 %
Leucocitos	9100/mm ³
Segmentados	83 %
eosinofilos	03 %
Monocitos	01 %
Linfocitos	13 %

25 de enero, el resultado de genotype arroja resistente a la isoniacida y rifampicina, se inició tratamiento MDR. Tomando, etambutol 1400mg., pirazinamida 1500mg., etionamida 750mg., cicloserina 500mg., levofloxacino 750 mg., Kanamicina 1g. y piridoxina 150mg.; dividiendo la cantidad de los

medicamentos en dos tomas por la mañana y la tarde; siendo irregular la toma de medicamento, debido a la poca adherencia al tratamiento.

09 de febrero, paciente acude a consulta, con dolor abdominal, vómitos persistentes, e intolerancia a alimentos, refiere que no tolera la ingesta de las pastillas, es evaluada por el médico y se indica vía parenteral; se le indica tratamiento para gastritis, omeprazol, ranitidina. Nuevos análisis para descartar problemas hepáticos, e interconsulta a gastroenterología al Hospital de San Juan de Lurigancho.

22 de Febrero, paciente regresa nos refiere que aún no paso a gastroenterología por no encontrar cita, viene con vómitos y nauseas, un peso de 65 kg. Enviándole análisis de TGO, TGP y fosfatasa alcalina; para descartar reacción adversa a fármacos antituberculosos. Hepática.

27 de Febrero, paciente regresa con resultados de análisis indicando TGO: 110U/L, TGP: 140U/L; se realiza la interconsulta a neumología.

01 de marzo, neumólogo indica suspensión de la etionamida, por una semana. La demanda de tratamiento de la paciente era irregular, la cual conllevaba a que no haya una buena evolución al tratamiento antituberculoso.

15 de marzo, paciente inicia reto al tratamiento reduciendo la dosis de los medicamentos, aumentando progresivamente durante dos semanas.

26 de abril, se le realiza la interconsulta a neumología, el cual indica que inicie tratamiento desde cero, todos los medicamentos completos a excepción de etionamida, donde la paciente no acepta empezar desde cero nuevamente, se le explica que el tratamiento no ha resultado, debido a que no ha tomado continuamente los medicamentos.

Diagnóstico médico

- ✓ Tuberculosis Multidrogoresistente.
- ✓ Anemia.

Tratamiento Médico

A continuación se presenta la terapéutica médica empleada en la paciente:

- ✓ Sulfato ferroso

Medicamentos	Mañana	Tarde
Etambutol x 1200 mg.	800 mg.	400 mg.
Pirazinamida x 1500 mg.	1000 mg.	500 mg.
Kanamicina x 1 gr.	1gr.	
Levofloxacin x 750 mg.	750 mg.	
Etionamida x 750 mg.	500 mg.	250 mg.
Cicloserina x 500 mg.	500 mg.	
Piridoxina 150 mg.	100 mg.	50 mg.

Organización de datos por Dominios

Dominios	Tipos de datos
Dominio 1: Promoción de la salud	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Poco colaboradora, paciente refiere “no estoy enferma yo me siento bien, no tengo esa enfermedad, solo es tos. Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Irritabilidad. – No hay hábitos tóxicos.
Dominio 2: Nutrición	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Refiere “las pastillas me dan vómitos y náuseas”, Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Presenta vómitos. – Náuseas. – (Peso: 65 kg / talla: 1.65m) – dificultad para ingerir alimentos.

<p>Dominio 3: Eliminación</p>	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Refiere “mis deposiciones son duras, 1 diaria en otras ocasiones las realizo cada dos días solo las realizo una vez al día o cada dos días” <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Presento deposiciones de consistencia duras (frecuencia: 1 vez/ día) – Ingesta de líquidos de 3 a 4 vasos por día.
<p>Dominio 4: Actividad / reposo</p>	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Refiere “Me siento cansada, ya no puede realizar los ejercicios que hacía antes”. <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se observa palidez. – Debilidad muscular. – FC: 88x´, FR 20x´ P/A: 100/60 mmHg. – Dolor de tórax.
<p>Dominio 5: Percepción cognitivo</p>	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – No manifiesta <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Orientada en tiempo lugar y espacio. – Comunicación fluida. – Nivel de conciencia: Glasgow 15 puntos
<p>Dominio 6: Autopercepción</p>	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – El paciente refiere “Me siento, que ya no tengo fuerzas, ni ganas de continuar con el tratamiento. <p>Datos objetivos:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> – Realiza su aseo personal sin ayuda. – Temor. – Ansiedad. – Insatisfecha con su imagen corporal.
Dominio 7: Rol / relaciones	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Refiere: todos se pelean en casa, no me entienden”. Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Hay conflictos familiares: paciente manipula a sus padres. – Hay conflicto con una de sus hermanas. – No hay comprensión entre los miembros de la familia.
Dominio 8: Sexualidad	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Refiere “ haber tenido 2 parejas, en estos momentos está sola” Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Uso de métodos anticonceptivos: si – Sin vida sexual 5 meses. – Infecciones urinarias repetitivas.
Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Refiere :”No aguanto tomar las pastillas, es mucho tiempo de tratamiento, yo ya me siento bien ya no quiero más ampollas, estoy cansada” Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Preocupación por el tiempo de tratamiento. – Temor a no curarse. – Desesperación: Si.

	<ul style="list-style-type: none"> – Irritabilidad. – Falta de adherencia al tratamiento antituberculoso.
Dominio 10: Principios vitales	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Refiere: “No tengo apego a la religión”. Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Religión: Católica
Dominio 11: Seguridad / protección	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Refiere “Me duele la zona de las ampollas esta hinchado ya no aguanto duele mucho, las ampollas, y sigo con tos”. Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Inflamación en los glúteos en zona de las ampollas – Tos.
Dominio 12: Confort	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> – refiere “estoy cansada de tomar pastillas y de las pastillas todos los días”. Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> – poca adherencia al tratamiento antituberculoso. – No mantiene una dieta adecuada. – No existe un compromiso adecuado en el tratamiento.
Dominio 13: Crecimiento y Desarrollo	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> – No manifiesta. Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Peso se conserva.

CAPITULO II

BASES TEÓRICAS

2.1 Factores Sociales

Son los conjuntos de características que están presentes en la población sujeto a estudio tomando aquellos que puedan ser medidos. Son consideradas como las principales variables clasificatorias para el estudio de comportamientos diferenciales en diversos temas de investigación social. Estos factores sociales, vienen hacer aquellas cosas que afectan a los seres humanos en el lugar y espacio en el que se encuentran

1. Pobreza: Es la situación o condición socioeconómica de la población que no puede acceder o carece de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas que permiten un adecuado nivel y calidad de vida tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. También se suelen considerar la falta de medios para poder acceder a tales recursos, como el desempleo, la falta de ingresos o un nivel bajo de los mismos. También puede ser el resultado de procesos de exclusión social, segregación social o marginación. En muchos países del tercer mundo, la situación de pobreza se presenta cuando no es posible cubrir las necesidades incluidas en la canasta básica de alimentos o se dan problemas de subdesarrollo
2. Edad: Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo. No existe unificación a la edad de mayor riesgo de abandono.
3. Sexo: Es la clasificación del sexo de una persona en función de ser mujer o varón. Aunque existen propuestas de hacer explícito
4. La familia: Se considera que la falta de apoyo familiar al paciente con tratamiento contra la tuberculosis, constituye uno de los riesgos para el abandono de la misma. Un estudio de caso y control mostró que cuando los pacientes recibían aceptación por parte de la familia al enterarse de la enfermedad, la proporción de abandono fue menor (72,2% vs 85,5). Otro estudio observó que los pacientes afectados con tuberculosis que recibían

apoyo familiar, fue considerado como un factor protector en el abandono de tratamiento.

5. Nivel educativo: La educación puede definirse como el proceso de socialización de los individuos. Al educarse, una persona asimila y aprende conocimientos. La educación también implica una concienciación cultural y conductual, donde las nuevas generaciones adquieren los modos de ser de generaciones anteriores. El proceso educativo se materializa en una serie de habilidades y valores, que producen cambios intelectuales, emocionales y sociales en el individuo. De acuerdo al grado de concienciación alcanzado, estos valores pueden durar toda la vida o sólo un cierto periodo de tiempo.
6. Ingreso económico: Son fuentes de ingresos que la familia puede gastar en un determinado periodo de tiempo. Como el sueldo, salario. El ingreso familiar designa a todos aquellos ingresos económicos con los que cuenta una familia, esto obviamente incluye al sueldo, salario, de todos aquellos miembros de la misma que trabajan y que por ello perciben un sueldo. El ingreso que se obtiene por un emprendimiento independiente que alguno de los integrantes de la familia lleva a cabo, o aquella suma de dinero que se percibe mensualmente en concepto de renta de alguna propiedad que se posee. Es importante conocer qué nivel de ingreso tiene el paciente con tuberculosis y si tiene carga familiar.¹

2.2 Adherencia

La adherencia a un tratamiento es el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo de tratamiento indicado.

La no adherencia o el incumplimiento de las indicaciones médicas, no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito contra una enfermedad, sino que produce un aumento de la morbilidad y mortalidad, así como aumenta los costos de la asistencia sanitaria. Es así que genera grandes pérdidas en el aspecto personal, familiar y social.

La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Al constituir una conducta de

salud para su explicación se ha partido de los modelos de comportamientos de salud.

En la literatura se han descrito diversas estrategias para mejorar la adherencia terapéutica como son: las intervenciones simplificadoras de tratamiento, informativas/educativas, de apoyo familiar/ social, con dinámica de grupos: técnicas grupales, de refuerzo conductual, así como la combinación de estas intervenciones.²

Algunas de estas intervenciones están destinadas a modificar las creencias, actitudes y atribuciones tanto en el profesional de la salud como en el paciente en relación con la adherencia, sus dificultades y consecuencias.

Para la atención adecuada a los pacientes se requiere de un equipo de profesionales sensibilizados, motivados y entrenados en el manejo de las enfermedades; lo cual incluye la prevención, detección, tratamiento, seguimiento y educación, cuando lo antes mencionado no ocurre el paciente siente desconfianza y puede influir en la adherencia al tratamiento.

Para la evaluación de la adherencia terapéutica se han propuesto diversos métodos: autoinformes y autorregistros de los pacientes, informes de personas próximas a éstos, las evaluaciones del médico, mediciones bioquímicas y del consumo de medicamentos. Con relación a la utilización del método ideal, se plantea que lo idóneo es combinarla entrevista directa al paciente, la valoración de los logros con el tratamiento y la asistencia a las citas programadas

El tratamiento farmacológico propiamente dicho, las indicaciones de seguimiento en el control de la enfermedad, así como el tratamiento complementario que requiere el paciente. Ha demostrado ser la intervención sanitaria más eficaz en el control de la enfermedad.

2.3 Tratamiento Antituberculoso

1. Tuberculosis Pulmonar

La tuberculosis es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Se trata de una afección curable y que se puede prevenir.

La infección se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos

tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada.

Administración de medicamentos en boca directamente observado por el personal de salud durante la ingesta del medicamento y que garantice la adherencia y con ello el cumplimiento de la terapia.

Este es el factor más importante para la curación de todas las personas enfermas, lo cual es la base de la estrategia. Debido a las connotaciones sociales de la tuberculosis y el alto costo de los medicamentos, el estado garantiza el acceso al tratamiento a todos los enfermos con tuberculosis y la gratuidad del mismo.³

Dada la naturaleza de la Investigación se ha desarrollará solo aspectos de tratamiento farmacológico y las indicaciones de seguimiento.

Los medicamentos según su uso tienen una clasificación así podemos encontrar los de primera línea que se utilizan en pacientes nuevos, recaídas y abandonos, son altamente eficaces y de buena tolerancia para el paciente, entre ellos encontramos; rifampicina, isoniacida, pirazinamida, etambutol, estreptomycin. En el caso de los medicamentos de primera línea deberán administrarse todos juntos en una sola toma, solo en el caso de presencia de reacciones diversas se podrá fraccionar las dosis por periodos muy cortos. El otro gran grupo de medicamentos son los de segunda línea que se utilizan generalmente en pacientes con tuberculosis resistentes a antibióticos. Son menos eficaces y de menor tolerancia para el paciente, entre los cuales encontramos; kanamicina, ethionamida, ciprofloxacino, entre otros.

El tratamiento exitoso de la Tuberculosis requiere una estricta adherencia al esquema farmacológico prescrito. Esto significa que se debe garantizar el suministro de medicamentos estable y confiable.

Existen según la Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis Esquemas de Tratamiento, para la elección del esquema para un paciente se toman en cuenta lo siguiente: Condición bacteriológica inicial por baciloscopia o cultivo. Antecedente del tratamiento antituberculosis previo. Localización de

la enfermedad: pulmonar o extrapulmonar. Gravedad y pronóstico de enfermedad. Antecedente personal y/o familiar de reacción medicamentosa, entre otros.⁴

2. Tratamiento Multidrogoresistente:

En la Tuberculosis MDR se realizan los mismos procedimientos que en la Tuberculosis sensible a fármacos: Detección del sintomático respiratorio, diagnóstico de casos y seguimiento diagnóstico. Con la consideración que los casos en quién se sospeche de TB MDR lleva implícita la indicación de cultivo y sensibilidad. Por lo tanto debe asegurarse el llenado correcto de la Solicitud de Investigación Bacteriológica. Colocando en observaciones la condición por la cual amerita que la muestra del paciente sea derivada a cultivo y sensibilidad. La mejor opción de manejo para la TB MDR es el retratamiento individualizado, pero los pacientes no siempre cuentan con resultados de prueba de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica, lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamientos estandarizados o empíricos.

Retratamiento Individualizado: Esquema de tratamiento diseñado en base a los resultados de la prueba de sensibilidad del paciente.

Retratamiento Empírico: Esquema de tratamiento que se elabora en función del antecedente farmacológico del paciente y/o el antecedente de contacto de TB MDR, no requiere prueba de sensibilidad en el momento de su diseño.

Elementos adicionales a considerar serán:

- De disponerse la prueba de sensibilidad del caso índice, el esquema de retratamiento del contacto será diseñado en base a dicha prueba.
- De no disponerse de prueba de sensibilidad del caso índice, su contacto recibirá provisionalmente el esquema terapéutico de TB MDR con el cual hubiese curado el caso índice. En caso de encontrarse aún en tratamiento, recibirá el esquema con el cual el caso índice hubiese negativizado.

Retratamiento Estandarizado: Esquema de tratamiento diseñado en base a la situación de la prevalencia de resistencia a drogas antituberculosas y en función del arsenal terapéutico habitualmente utilizado en la región. No requiere tener la prueba de sensibilidad para su aplicación, es un esquema normatizado y tiene una duración de por lo menos 18 meses.⁵

Esquema Multidrogoresistente; Es una forma específica de tuberculosis farmacoresistente, causada por un bacilo que es resistente por lo menos a la isoniazida y la rifampicina, los dos medicamentos más poderosos que existen contra la enfermedad.

Medicamento	Menos de 33 kg	33-50 kg	51-60 kg	Más de 60 kg
Etambutol x 400 mg.	25 mg/kg/día	800-1200 mg.	1200-1400 mg.	1600-mg.
Pirazinamida x 500 mg.	30 mg/kg/día	1000-1500 mg.	1500-1750 mg.	2000mg.
Estreptomicina x 1 gr.	15 mg/kg/día	500-750 mg.	1000 mg.	1000 mg.
Kanamicina x 1 gr.	15 mg/kg/día	500-750 mg.	1000 mg.	1000 mg.
Capreomicina x 1 gr.	15 mg/kg/día	500-750	1000 mg.	1000 mg.
Ciprofloxacino x 500 mg.	20-30 mg/kg/día	1000-1500 mg.	1500 mg.	1500 mg.
Etionamida x 250 mg.	15-20 mg/kg/día	500 mg.	750 mg.	1000 mg.
Cicloserina x 250 mg.	15 mg/kg/día	500 mg.	750 mg.	1000 mg.
PAS sachet x 4 gr.	150 mg/kg/día	8 gr.	8 gr.	8 gr.
PAS Granulado medida de 3,3 gr	150 mg/kg/día	6.6-9.9 gr.	9,9-13.2 gr.	13,2 gr.

La eficacia terapéutica depende en gran medida de la voluntad y la capacidad del paciente para tomar los medicamentos de una forma regular, según lo prescrito. La toma esporádica de la medicación se asocia con fracaso terapéutico y desarrollo de cepas de M. Tuberculosis resistentes a los fármacos.

3.Efectos Colaterales de los Medicamentos Antituberculosos

Multidrogoresistente:

Las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAS): más frecuentes son: náuseas, dolores gástricos, insomnio, euforia, síndrome gripal y anorexia, pero se presentan otras reacciones que se presenta según cada fármaco del tratamiento multidrogoresistente:

- ✓ Cicloserina: afectan sobre todo al sistema nervioso central e incluyen ansiedad, confusión, pérdida de memoria, depresión, mareos, somnolencia, disartria, nerviosismo, jaquecas, letargia, parestesias, paresis, convulsiones.
- ✓ Etambutol: El principal efecto adverso es la neuritis óptica con una disminución de la agudeza visual o una reducida discriminación de los colores que puede afectar a uno o los dos ojos. Se trata de un efecto relacionado con dosis diarias superiores a 15 mg/kg. Una pauta intermitente podría reducir la probabilidad de presentar este efecto.
- ✓ Etionamida: Son frecuentes las molestias gastrointestinales. Entre otros efectos adversos notificados figuran acné, reacciones alérgicas, alopecia, convulsiones, dermatitis, diplopía, mareos, dolor de cabeza, hipotensión, neuropatía periférica y dolores reumáticos.
- ✓ Kanamicina: nefrotoxicidad (poliuria, oliguria); neurotoxicidad (parestesias, convulsiones); ototoxicidad (puede ser irreversible) auditiva (hipoacusia inicialmente a tonos de alta frecuencia), vestibular (vértigo, náuseas, vómito, ataxia, inestabilidad a la marcha).
- ✓ Levofloxacino: Estreñimiento, náusea, vómitos, diarrea, dolor de estómago, acidez, picazón vaginal o secreción vaginal.
- ✓ Pirazinamida: El principal efecto adverso es la hepatotoxicidad, que se relaciona con la dosis. Con el uso de dosis habituales (25 mg/kg) la frecuencia de hepatotoxicidad es inferior al 1%. Es también causa frecuente de poliartralgias e hiperuricemia asintomática aunque en raras ocasiones requiere el ajuste de dosis o la suspensión del tratamiento. Otros efectos adversos son las náuseas, anorexia o rash cutáneo.
- ✓ Piridoxina: Se ha presentado en algunos casos parestesia, somnolencia, náuseas, vómitos, dolor de cabeza.

En el caso de presentarse una RAFA, el paciente o familia debe comunicarlo de inmediato al médico tratante.⁶

2.3 Cuidados de Enfermería:

En todos los cuidados la planeación de las acciones se realizara de acuerdo a la priorización de las necesidades manifestadas en el paciente.

El objetivo del plan de cuidado es detectar los problemas tanto reales como potenciales de nuestro paciente, estableciendo un plan asistencial que cubra todas sus necesidades y al mismo tiempo proporcione las intervenciones y actividades de enfermería pertinentes en todo momento.

1. En el hogar:

Se le educa y enseña al paciente y la familia, la importancia que tiene conocer los diferentes medios de prevención (ventilación del hogar, el hacinamiento) y los factores que determinan el desarrollo de la tuberculosis. Descanso: la importancia de este, en los enfermos con tuberculosis pulmonar para evitar la presencia de disnea al esfuerzo, incrementa su frecuencia respiratoria.

2. Medidas de saneamiento: cualquiera es susceptible de contraer la tuberculosis si inspira los bacilos que exhala un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser o expectorar. Estas bacterias pueden permanecer suspendidas en el aire durante horas, incluso años. Es por ello que entre las medidas de saneamiento se incluyen la técnica del cuidado durante 30 días del tratamiento farmacológico luego del cual el paciente ya no contagia. Se considera las siguientes medidas:

- Poseer un cuarto privado, dormir solo.
- Educar al paciente que al momento de toser o estornudar debe cubrirse la boca y nariz con papel o con la mano y luego lavárselas. El papel utilizado embolsarlo y desecharlo.
- Limpiar el polvo de los muebles con trapo húmedo y trapear el piso con Desinfectante o simplemente agua.
- Ventilar el cuarto donde duerme el enfermo; abrir las ventanas para que ingrese los rayos solares que emiten radiaciones ultravioletas, la cual destruye al *Mycobacterium tuberculosis*. y frutas.

3. Alimentación: Es preciso por ello que en el hogar los pacientes cubran las necesidades básicas de ingestión de proteínas que se catalizan en energía. Se hace la interconsulta a nutrición para la educación de una alimentación

diaria en el desayuno, almuerzo y comida debe contener estos tipos de alimentos:

- los constructores que ayudan a construir tejidos y aportan masa muscular, en este grupo se encuentran el pollo, carne, queso, pescado, huevos, leche, quinua, etc.,
- los energéticos se encuentran: la papa, camote, yuca, habas, harina, choclo, aceite, etc.

El objetivo del plan de cuidado es detectar los problemas tanto reales como potenciales de nuestro paciente, estableciendo un Plan Asistencial que cubra todas sus necesidades y al mismo tiempo proporcione las intervenciones y actividades de enfermería pertinentes en todo momento.

TEORIA DE ENFERMERIA

Modelo Promoción de la Salud: Nola Pender: Identifica en el individuo factores cognitivos preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable su filosofía dice. “Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

Nola Pender define a la Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender permitirá observar el cumplimiento de los pacientes que asisten a la terapia farmacológica y sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud, su aplicabilidad en los pacientes que han abandonado el tratamiento es reintegrarlos al tratamiento mediante conversatorios educativos y sociales, entre el personal a cargo del mismo y del personal de programa de control de la tuberculosis para fomentar en ellos, la adherencia al tratamiento farmacológico, e impulsar en ellos cambios de estilos de vida.⁷

ESTUDIOS PREVIOS

Internacionales:

Nathália França de Oliveira; Maria Jacirema Ferreira Gonçalves; Brasil (2013), realizaron un estudio titulado “Los factores sociales y ambientales asociados a la hospitalización de los pacientes con tuberculosis”: cuyo objetivo fue identificar los factores sociales y ambientales asociados con la hospitalización de los pacientes con tuberculosis (TB) en Manaus, Amazonas, durante el año 2010. Utilizando los métodos de un análisis cuantitativo de corte transversal estudio epidemiológico, con la recolección de datos primarios y el análisis de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en estado seropositivo. Cuyos resultados: Entre los factores sociales para la TB-VIH-SIDA, la asociación entre el consumo de alcohol y la dependencia fue significativa para los trabajadores empleados, entre los no co-infectados, la relación entre ingresos inferiores a un salario mínimo (EE.UU. \$ 200) y los jubilados, Programa Bolsa Família [Asignación Familiar] / otras prestaciones sociales fue significativa. En cuanto a los factores ambientales, la asociación fue significativa para TB-VIH-SIDA entre las personas que no tenían casa, que tenían

una vivienda de mampostería y que había recolección de basura diariamente, y entre los no-co-infectados, ser dueño de su propia casa, sin viviendas de mampostería y la falta de recolección de basura diaria fue significativa. La conclusión: Los resultados indicaron que no sólo los factores sociales, sino también los ambientales están asociados a la hospitalización de los pacientes con tuberculosis, y estas asociaciones difieren de acuerdo con la correlación TB-VIH-SIDA.

Dra. Azucena Zubieta Rubín de Celis, Dra. Justa Cruz Nina; Corea (2012): realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo de tuberculosis pulmonar en pacientes del hospital Corea, ciudad El Alto, 2012” cuyo Objetivo era Determinar si las condiciones socioeconómicas como: El hacinamiento, la migración temporal por trabajo y la desnutrición son factores de riesgo para el desarrollo de tuberculosis pulmonar en población de 15 y más años de edad, atendida en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Municipal Modelo Corea, Ciudad de El Alto de enero a octubre de la gestión 2012. Usando el Método Estudio epidemiológico observacional, analítico de Casos y Controles en pacientes mayores de 15 años de edad. Se analizaron 34 Casos de tuberculosis pulmonar y 68 Controles con otros diagnósticos, se incluyeron en el estudio todos los pacientes nuevos con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que cumplían con la definición de caso. Los controles fueron pacientes, con otros diagnósticos excepto tuberculosis o infecciones respiratorias crónicas. Cuyos resultados fueron: El hacinamiento (duermen en un mismo cuarto más de tres personas) aumenta la probabilidad de tener tuberculosis 3 veces más (OR=2.83, IC95% 1,211 -6,634) que en los que no viven en hacinamiento. Los que migraron temporalmente al exterior como Argentina, Brasil y Chile para trabajar tienen 4 veces más riesgo de tener la enfermedad de tuberculosis que los que no migraron al exterior. La desnutrición es factor de riesgo de tuberculosis pulmonar, los que tienen desnutrición tienen 12 veces (OR=11.6, IC 4 a 34) más riesgo de tener tuberculosis que los que no tienen desnutrición. Llegando a las conclusiones: Se demostró que factores socioeconómicos como el hacinamiento, la migración por trabajo y la desnutrición son factores de riesgo de tuberculosis pulmonar, siendo el más importante la desnutrición.

Nacionales:

Arriola-Huerta Patricia, Castillo-Cahuana Tania, Quispe-Fabián Gladys, Torres-Deza Clara; Perú (2011); “ Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso”: Objetivo: determinar algunos factores asociados a la asistencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis (PCT) en el Hospital de Puente Piedra y en Centro Materno Infantil Zapallal de Puente Piedra - 2008. Material y métodos: diseño descriptivo transversal. La población estuvo conformada por 77 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar de 18 - 60 años inscritos en el PCT. La recolección de datos se realizó a través de dos instrumentos: la ficha de revisión documental y un cuestionario estructurado. El análisis de los datos fue realizado con el programa SPSS. Resultados: del total de pacientes, el 39% presenta asistencia discontinua al PCT, los factores asociados a la asistencia discontinua son: hacinamiento (OR: 7,11); tipo de trabajo independiente (OR: 7,27); condición de trabajo eventual (OR: 9,60); ingreso económico bajo (OR: 4,04); falta de apoyo familiar (OR: 2,83), y falta de información básica sobre la enfermedad (OR: 7,00). Conclusiones: los factores asociados a la asistencia discontinua con mayor significancia fueron: hacinamiento, tipo de trabajo independiente y eventual, no tener apoyo familiar, y no tener información básica sobre la enfermedad.

CAPITULO III

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
Datos subjetivos: – Refiere “las pastillas me dan vómitos y nauseas”, Datos objetivos: – Presenta vómitos. – (Peso: 65 kg / talla: 1.65m)	Real : Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para ingerir los nutrientes, evidenciado por vómitos y nauseas.	Objetivo general: Reducir la presencia de náuseas y vómitos en la paciente.	➤ Se indica vía parenteral; se le administra, dimenhidrinato, ranitidina, hiosina, vía endovenosa. ➤ Dieta blanda. ➤ Control de peso a intervalos adecuados. ➤ Fomentar los ejercicios. ➤ Proporcionar charlas educativas y demostrativas, acerca de las necesidades nutricionales y de una buena alimentación, que ayude a recuperar su peso.	La paciente logra restablecer los nutrientes necesarios para cubrir sus necesidades metabólicas dentro de las 48 horas.

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos: “mis deposiciones son duras y solo las realizo una vez al día”</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Deposiciones de consistencia duras (frecuencia: cada dos días y/o una vez al día) – Ingesta de líquidos de 3 a 4 vasos por día. 	<p>Real:</p> <p>Riesgo de Estreñimiento relacionado con ingesta del medicamento levofloxacino evidenciado por deposiciones por heces duras, secas y formadas</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Restablecer la regularidad de las defecaciones en la paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. ➤ Se Identificara los factores (medicamentos y dieta) que pueden ser causa de estreñimiento o que contribuyan al mismo. ➤ Fomentar el aumento de ingesta de líquidos. ➤ Enseñar al paciente a mantener un diario de comidas. ➤ Pesar al paciente regularmente. 	<p>Paciente realiza sus deposiciones 2 veces al día.</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
Datos subjetivos: – Refiere: todos se pelan en casa, no me entienden”. Datos objetivos: – Hay conflicto con una de sus hermanas. – No hay comprensión entre los miembros de la familia.	Real : Deterioro de la interacción social relacionado con barreda de comunicación evidenciados por conflictos familiares.	Objetivo general: Lograr una adecuada interacción social de la paciente con su familia y el personal de salud.	➤ Establecer una relación de confianza y empatía con el paciente y la familia. ➤ Despejar las dudas o conocimiento del paciente y de la familia sobre el proceso de enfermedad. ➤ Determinar la comprensión familiar sobre las causas de la enfermedad. ➤ Comprobar las relaciones familiares actuales. ➤ Ayudar a la familia en la resolución de conflictos. ➤ Terapia familiar.	Paciente logra una interacción social, con la familia y con el establecimiento de salud en la primera semana

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>– Refiere :”No aguanto tomar las pastillas, es mucho tiempo de tratamiento, yo ya me siento bien ya no quiero más ampollas, estoy cansada”</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Falta de adherencia al tratamiento antituberculoso</p>	<p>Real :</p> <p>Incumplimiento de tratamiento antituberculoso relacionado con los efectos del medicamento evidenciado por toma irregular del medicamento antituberculoso.</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Lograr la asistencia diaria al cumplimiento del tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informar al paciente y a los familiares sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y realizar acuerdos. ➤ brindar terapia de observación directa (DOT) ➤ Realizar las visitas domiciliarias, al incumplimiento del tratamiento. ➤ Orientar a los familiares que tan importante es su apoyo para el afrontamiento y cumplimiento al tratamiento del paciente. ➤ Sesiones educativas mensualmente. 	<p>Paciente logra buena adherencia al tratamiento antituberculoso en el primer mes.</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Refiere “Me duele la zona de las ampollas esta hinchado ya no aguanto duele mucho, las ampollas, y sigo con tos”. <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Inflamación en los glúteos en zona de las ampollas 	<p>Real:</p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la administración del medicamento kanamicina vía intramuscular evidenciado por alteración de la superficie de la piel en el área de los glúteos.</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Mantener una integridad cutánea en la paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observar si haya enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel ➤ Observar la presencia de erupciones y abrasiones en la piel. ➤ Vigilar el color de la piel. ➤ Tomar nota de los cambios en la piel. ➤ Enseñar al paciente algunas medidas para suavizar y refrescar la piel. ➤ Colocar paños de agua tibia en la zona. ➤ Colocar crema en zona de inyectable. 	<p>Paciente mantiene una integridad cutánea en los primeros 15 días.</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
Datos subjetivos: – Refiere “tengo miedo de no curarme.” Datos objetivos: – Expresión facial, miedo.	Potencial: Riesgo de Alteración del patrón Emocional: miedo preocupaci3n relacionado con d3ficit de conocimientos sobre el proceso de enfermedad.	Objetivo general: Lograr reducir el miedo en la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Brindar apoyo psicosocial. ➤ Brindarle confianza al paciente para que exprese sus preocupaciones durante la entrevista. ➤ Brindar informaci3n acerca del proceso de la enfermedad y los cuidados que debe tener en cuenta para su recuperaci3n. ➤ Dialogar con la familia para la compresi3n de la enfermedad del paciente, y brindar orientaci3n sobre los cuidados a tener en cuenta. 	Paciente logra una reducir el miedo dentro de la primera semana.

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
subjetivos: – Refiere “no puedo respirar bien en las noches me pongo a posar y me ahogo. Datos objetivos: – Tos. – ansiedad	Potencial: Alteración del patrón respiratorio relacionado con agitación.	Objetivo general: Logra una buena oxigenación de la paciente.	➤ Informar al paciente sobre los procedimientos a realizar para controlar la crisis de tos. ➤ Ingesta de líquidos tibios.	Paciente mantiene una buena saturación de oxígeno en la primeras 48 horas.

GLOSARIO

- ❖ **Abandono:** Paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa.
- ❖ **Abandono recuperado:** Paciente que no concurrió a recibir tratamiento por más de 30 días consecutivos, es dado de alta como abandono.
- ❖ **Adherencia:** se define como la coincidencia entre la conducta del paciente y la orden del médico.
- ❖ **Asistencia:** el paciente debe acudir de forma obligatoria todo los días al establecimiento de salud, para tomar el tratamiento, cuya asistencia es obligatoria.
- ❖ **Caso nuevo:** Paciente con diagnóstico de tuberculosis que nunca ha recibido tratamiento anti-tuberculosis o que lo ha recibido por menos de 30 días consecutivos ó 25 dosis continuas.
- ❖ **Caso antes tratado:** Paciente con diagnóstico de tuberculosis con antecedente de haber recibido tratamiento antituberculoso por 30 días o más.
- ❖ **Curado:** Paciente con confirmación bacteriológica al inicio, que concluye el esquema de tratamiento y cuenta con baciloscopía de esputo negativa en el último mes de tratamiento.
- ❖ **Definición de Caso:** Caso de tuberculosis, es toda persona a la que se diagnostica tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica, y a quien se decide iniciar un tratamiento antituberculoso.
- ❖ **Éxito de tratamiento:** Resultado de la suma de los pacientes con la condición de egreso "curado" y "tratamiento completo".
- ❖ **Familia:** La familia supone por un lado una alianza, el matrimonio, y por el otro una filiación, los hijos.
- **Factores:** Hablamos de cosas, de elementos reales, que existen en nuestro mundo y que por naturaleza son importantes.
- ❖ **Fracaso:** Paciente que ingresa a un nuevo tratamiento luego de haber sido declarado como fracaso terapéutico de un esquema
- ❖ **Irregularidad al tratamiento:** No ingesta de 3 dosis programadas continuas o alternadas durante la primera fase del tratamiento o de 5 dosis continuas o alternas durante todo el tratamiento de esquemas para TB sensible.

- ❖ **Multidrogoresistente:** es aquella que no responde, como mínimo, a la isoniazida ni a la rifampicina, los dos antituberculosos más potentes.
- ❖ **No evaluado:** Paciente al que no se le ha asignado la condición de egreso. Incluye los casos transferidos a otro EESS en los que se desconoce su condición de egreso.
- **Paciente en riesgo de abandono:** Paciente que presenta irregularidad durante el tratamiento.
- ❖ **Seguimiento diagnóstico:** Procedimiento para completar el estudio bacteriológico en casos probables de TB pulmonar que cuentan con 2 baciloscopías de esputo negativas, mediante 2 cultivos y baciloscopías de esputo semanales.
- ❖ **Sociales:** Hace referencia a lo social, a todo aquello que ocurre en una sociedad, en conjunto de seres humanos relacionados entre si por algunas cosas que tienen en común.
- ❖ **Recaída:** Paciente que presenta otro episodio de TB diagnosticado después de haber sido dado de alta como curado o como tratamiento terminado.
- **Tuberculosis:** La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, producida por el Mycobacterium Tuberculosis.
- ❖ **Tolerancia al tratamiento:** Se hace referencia al nivel de admisión o aprobación del paciente para el tratamiento dependiendo de las reacciones que los fármacos pueden conllevar, es por ellos que los pacientes deciden no tomar los medicamentos.

CONCLUSIONES

1. Los principales factores que causan la no adherencia al tratamiento antituberculoso, son las percepciones de los pacientes respecto de la enfermedad, el estigma, la influencia del entorno social y familiar.
2. Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y el nivel de participación de la familia, el cual permite una adecuada adherencia al tratamiento antituberculoso.
3. Se constató la gestión y vigilancia por parte del personal de enfermería, en cuanto al tipo de tratamiento, ya que requiere seguimiento continuo, sobretodo cumplimiento de protocolo establecido para poder controlar esta patología, el mismo que se administró de forma responsable en las unidades de salud con las que el paciente mantuvo un contacto directo.
4. Con este plan de cuidados de enfermería se consiguió evitar la reducción de adherencia del paciente en lo que más se pueda, teniendo en cuenta todos los factores que hacen que el paciente no tome su medicación adecuadamente. Mejorando el deterioro físico, psicológico y emocional, manteniendo en la medida de lo posible y mejorando en todo momento la calidad de vida del paciente.
5. El proceso de atención de enfermería es una herramienta importante por lo que para realizarlo es necesario aplicar una correcta valoración, enfatizando en las necesidades de la paciente, y que gracias a esto se puede decir con certeza que el paciente se ha recuperado de forma satisfactoria y ha culminado el tratamiento antituberculoso de forma positiva, permitiéndole integrarse nuevamente a la sociedad.

RECOMENDACIONES

1. Establecer un plan de intervención para prevenir la no adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis, que involucre al paciente, la familia y comunidad con enfoque preventivo promocional considerando a la persona y familia como centro de la atención.
2. Diseñar estrategias de educación para el familiar o acompañante del paciente con tuberculosis que le permita involucrarse en el cuidado del paciente como unidad de soporte social efectivo, informativo y valorativo.
3. Fortalecer los conocimientos de los pacientes y familiares para que participen de manera responsable en su cuidado, adoptando estilos de vida saludable, que se facilite el logro y la conservación del buen estado de salud tanto individual como familiar mediante la educación para la salud.
4. Los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente, debe tener claro que la duración mínima del tratamiento de 18 meses, y que debe tener una adherencia adecuada para su curación.
5. La enfermera deberá en todo momento educar y enseñar a los padres de familia por la importancia que tiene conocer los diferentes medios de prevención y los factores que determinan el desarrollo de la tuberculosis, siendo indispensable la participación del personal de enfermería que diariamente tiene un lazo de conecto con el enfermo y la comunidad
6. En todo paciente con tuberculosis que inicia tratamiento antituberculoso, se debe valorar el grado de adherencia al tratamiento y realizar un seguimiento de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas Afectadas por Tuberculosis 2014
2. OMS. La tuberculosis. Boletín informativo (Internet). [fecha de acceso 10/3/14]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/es/=13/3/13>.
3. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la tuberculosis y como se trata? Marzo del 2014. Acceso: 3 de Febrero del 2013. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/08/es/>.
4. Campoverde, M. (2015). Ecuador continúa en la lucha contra la Tuberculosis. Recuperado el 16 de Junio de 2015, de <http://www.informateypunto.com/index.php/salud/7999-ecuador-continua-en-la-luchacontra-la-tuberculosis>.
5. Farga, V., & Camerino, J. (2011). Tuberculosis. Santiago-Buenos Aires: Mediterráneo.
6. MINSA del Perú. Control de Infecciones de tuberculosis en establecimientos de salud. Módulo de Capacitación. Lima, 2011
7. Raile, A. Martha. Tomey, M. Ann. (2011). Modelos y teorías en enfermería. Barcelona, España: Elsevier. (p) (503-523).

Link virtuales

- Bellido, J., & Lendinez, J. (2010). Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Informe Global de la Tuberculosis 2013. Recuperado el 3 de Septiembre del 2015, de <http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10931297&p00=tuberculosis>
- Tuberculosis y no tuberculosas Infecciones por micobacterias. Recuperado el 3 de Septiembre del 2015, de <http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10509330>.

ANEXOS:

CLINICA PSICOLOGICA

1.-DATOS DE FILIACION

1.1 APELLIDOS Y NOMBRES VASQUEZ SARE MARGOS MARILY
1.2 EDAD 20 Años
1.3 FECHA DE NACIMIENTO 01-10-1996
1.4 GRADO DE INSTRUCCIÓN SECUNDARIA COMPLETA
1.5 ESTADO CIVIL Soltera
1.6 DIRECCION HZA 24 107E 12 11 ENLACE 107E 12 11

2.- Motivo de consulta

Adulto 20 años F/c Programa PCT, con Dx TBC Pulmonar
H. V. (H) Esquema 1 con síntomas psicofísicos de TBC
con fiebre, sudoración, dolores musculares de TBC
espalda, cansancio, fatiga y 7. Síntomas de TBC
Atención. No hay. Se le brinda orientación y
consejo psicológico. Se le brinda orientación y
se le brinda orientación.

3.-DIAGNOSTICO PSICOLOGICO

La Examinada presenta un Perfil Intelectual de Normal
Bajo. Se encuentra preocupada por su salud y
por el hecho de tener a su hijo con TBC. Presenta
de personalidad de introversión e inestable emocionalmente,
preocupación, tristeza, ansiedad e inseguridad ante su enfermedad,
e insatisfacción de los cuidados que debe de tener ella y
de su hijo. Se le brinda orientación y
se le brinda orientación. No hay antecedentes de violencia intrafamiliar.
No consumo de Alcohol o Drogas.

LIC. LUIS
FIRMA Y SELLO DEL PSICOLOGO

FECHA 06/01/17

FIRMA Y SELLO DEL PSICOLOGO

RESULTADO DE ANALISIS DE LABORATORIO

Nombre: Milagros Vargas Saez Edad: 20 Sexo: F

H.C.: _____ Consultorio: _____ Servicio: _____

Fecha de Emisión: 09/01/17 Hora: _____

Nombre: Milayros Vasquez Soria Edad: 20 Sexo: F

H.C.: Consultoria: Servicio:

Fecha de Emisión: 09/01/17 Hora:

BIOQUIMICA

HEMOGRAMA

Hemoglobina	<u>10.0</u>	g/dl
Hematocrito	<u>30</u>	%
Leucocitos	<u>9.100</u>	/mm3
Plaquetas	<u>-</u>	/mm3

Fórmula Leucocitaria

Abastoadados	<u> </u>	%
Segmentados	<u>83</u>	%
Eosinofilos	<u>03</u>	%
Basófilos	<u> </u>	%
Monocitos	<u>01</u>	%
Linfocitos	<u>13</u>	%
Observaciones	<u> </u>	

Observaciones _____

OTROS

VSG _____ /mm/h

Grupo Sanguíneo

Factor RH

Reticulocytes _____

T. Coagulación 1

T. Sengria

QUIMICA

Glucosa	<u>116</u>	(60 - 110 mg/dl)
Urea	<u>—</u>	(10 - 50 mg/dl)
Creatinina	<u>0.6</u>	(0.6 - 1.4 mg/dl)
Bilirrubina Total	<u>0.9</u>	(0.3 - 1.2 mg/dl)
Bilirrubina directa	<u>0.3</u>	(0.1 - 0.3 mg/dl)
Bilirrubina indirecta	<u>0.6</u>	(0.2 - 0.9 mg/dl)
Proteínas Totales	<u>6.3</u>	(6.0 ... 8.0 mg/dl)
Albumina	<u>3.6</u>	(3.2 ... 5.0 mg/dl)
Colesterol total	<u>—</u>	hasta 200 mg/dl)
HDL Colesterol	<u>—</u>	(35 ... 55 mg/dl)
LDL Colesterol	<u>—</u>	(>150 mg/dl)
Triglicéridos	<u>—</u>	(>150 mg/dl)
Fosfatasa Alcalina	<u>139 u/l</u>	
Acido Úrico	<u>—</u>	
TGO	<u>—</u>	(hasta 40U/L)
TGP	<u>—</u>	(hasta 45U/L)

OTROS

Glucotest:

RECEIVED PER JOSE CARLOS MONTESORO
G.S. ENRIQUE MONTESORO



2. RED de Salud
Establecimiento de Salud

3. Carné N° 205 F

4. Vasquez Sara Hilary 21-12
APELLIDO PATERNO NOMBRES EDAD SEXO

5. Tipo de Muestra: Esputo ☒ Orina ☐
Antecedentes de Tto: 1. Nunca Tratado ☐ 2. Antes Tratado ☒
Recalda ☐ Aband. Recuperado ☐ 2da M ☒ Indiv. ☐
N° ☐ Otros ☐

6. Para Diagnóstico: S.R. ☒ Sig. Diagnost. ☐ 1era M ☐ 2da M ☒
7. Para Control de Tto. MES ☐ Esq. UNO ☐ Esq. Dos ☐ Estand. ☐ Indiv. ☐
8. Cultivo ☐ 1ª Línea ☐ 2ª Línea ☐
9. N° de Caso 117

Observaciones:

POSITIVO

Firma y Sello del Solicitante

RESULTADOS:

FECHA	Procedimiento	N° Registro de Laboratorio	Aspecto macroscópico	Aspecto microscópico	N° Colonias
04 ENE 2017	Baciloscopia	51	E	Negativo	+++
	Cultivo				

Fecha de Entrega:

Firma y sello del Laboratorio:

Observaciones:

CHRISTIAN PACHECO AUCAPURO
TEC. LABORATORIO



PERU

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión de Servicios de Salud
Dirección de Red de Salud de SJLHOJA DE INTERCONSULTA A: NeumologíaFECHA 1/03/2012 HCL 13071NOMBRE Y APELLIDOS Milgans Montin Osquez Sore

EPICRISIS: Pac ♀ 20 años c/2x T6c P (abandono
reaprobado) mal; mejoró el 11/01/12 Espasmo mdr
Empirico (E, 2, Eth, Cs, K; Levof, Parv) Presenta nódulos
y vómitos, melena fecal. Se incrementa en estos 2 meses.
No mejora q Oncopegal y Amoxicilina.
24/2/12 T6c 110 T6r 140 Fd 172

ID- a/c 2425 Hepático

SI Evolucion, sugerencia de Especialista

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO
TRATANTEFECHA 01/03/12INFORME DEL ESPECIALISTA: Neumología

Dx T6c pulmonar. MDR abandon.
respuesta en esquema empirico. MDR
Cuidar Nark y vomito. SATCH
Power. no RADH.
con Tizana T6c y T6r +1.

FIRMA Y SELLO DEL NEUMÓLOGO

HOJA DE INTERCONSULTA A: NeumólogoFECHA 15/03/17HCL 13071NOMBRE Y APELLIDOS Alfonso José Soto

EPICRISIS: Pac 22 años YA TBC mal curado
Ingreso 11/01/17. Presenta tos hepática y se suspende
trac 11/01/17.
Control de tuberculosis

4/3/17 TGO 35 TGP 51 RD 132

11/3/17 TGO 28 TGP 25 RD 167

Se suspende inicio RTO

A pulmón

PERU
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO
Jorge Vardía
Medico Asistente
Responsable de P.C.T.

FECHA 15-03-17

No Asistió Pac.

INFORME DEL ESPECIALISTA: Neumólogo

De TBC MDN por
Genotipo RPPA hebreo.
Asintomático Asintomático
y control normal.

FIRMA Y SELLO DEL NEUMÓLOGO



HOJA DE INTERCONSULTA A: Neumología

FECHA 26/04/12 HCL 13071

NOMBRE Y APELLIDOS Alonso Vargas Sore

EPICRISIS:

pac. de 20 años
con Dx TBC MSL, en ab por 2cs
heptas. Actualmente o dosis completas
sin Etionamida. Asintomático.
No hay complicaciones por 2 semanas.

SI Eubacter y Eupneum
por Eubacter.

21
1/4
14
FA 120
TG 36
TGP 30

PERU Ministerio de Salud Dirección de Red de Salud de SJL
Médico: JOSÉ CARLOS MARIATEGUI
C.B. ENRIQUE MONTENEGRO
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

FECHA 26-04-12

INFORME DEL ESPECIALISTA: Neumología

12 TBIMDN en
ca. individualizada en RAPA.
gastro. y heptas.
Tobac aut. Ca, E, Z.
(Fr. kn, C).

FIRMA Y SELLO DEL NEUMÓLOGO

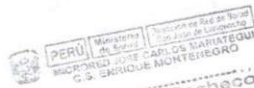
HOJA DE INTERCONSULTA A: al pulmón

FECHA 13/05/17

HCL 13071

NOMBRE Y APELLIDOS Milopos Vasquez Sara

EPICRISIS: Pee Q 20 años y 8 TAC mas por
ps. Saneamiento Respiratorio.
Señalando a la misma en: Segun de la misma 2000 por
datos Carretero - Hepstea.
Se señalo Evolución por Resultado de ps. Corneal y
S: R, E, K, P, S, C, 2, L, H
R: H, St, E



FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO
TRATANTE

FECHA 13-05-17

INFORME DEL ESPECIALISTA:

Neumólogo
Dr. TDI Pulmonar Pulmonar
a H/EIS.
Se Roxxendo con al CBR.
Para Cambio de eqq.
a individualización.

Dr. JUAN VILLAVERRA PALOMINO
Neumólogo
C.M.P. - 30427
MINISTERIO DE SALUD
FIRMA Y SELLO DEL NEUMÓLOGO

1. NOMBRE DEL PACIENTE Milagro María Inés Soto DNI 74591451

2. EDAD... 20 años ESTADO CIVIL... soltero LUGAR DE NACIMIENTO... Lima.

3. RELIGIÓN C GRADO DE INSTRUCCIÓN Superior curso OCUPACIÓN Estudiante

4. BCG. HUELLAS (1).....(2).....Nº CONTACTOS.....05.....Nº CONTACTOS DE 15 AÑOS.....

5. ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD. *punto. ante el establecimiento de School, pr*
propietarios de flares, Fiebre, Malaria, Gonorrea,

6. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS ANTERIORES..... *Pavito con Antecedentes de TB pulmonar*

MOR - Abandonos 2015.

7. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS..... punto Muro que pudo contagiarse;

8. OBSERVACIÓN: punto Remuerto, no septa su Expendido (43 pesos 25)

Pro sapt. lucr. 170 RON - Borsatele de la 16.00, la 16.15
Domeniile pacului sunt la 16.00.

9. HÁBITOS..... NO

73 (X) RX () PESO 67 Kg. TALLA 1.62. IMC

10. DIAGNÓSTICO BK INICIAL TRATAMIENTO TBC Pulm. MOD.

ENFERMEDAD (✓) TRATAMIENTO (✓) CONTROL DE CONTACTOS (✓) ALIMENTACIÓN (✓)

HIGIENE PERSONAL Y DE LA VIVIENDA (/) O/C EN VIH/SIDA (/) QUIMIOPROFILAXIS (/)

PLANIFICACIÓN FAMILIAR (/) IDENTIFICACIÓN DE FACTOR DE RIESGO (/)

DX. DE ENFERMERIA..... *Ansiedad relacionada a diagnóstico Tratamiento TBC pulmonar VIH -*

Stevan Mihailovic, pisar, a la vreme
 sa sevesta se cepta Jan Predicaceni & Mil Zk. Pruden
 Zk. Serv. in. Serv. & se le only Vest. Pruden... Co le
 Se la orato; Adept. presitansi To Ik alenibzu -
 Adept. Reuch. Tortaniti -

PERU
 MICHAEL JOSE CARLOS MARINTE
 C.S. ENRIQUE MONTENEGRO
 4 Via Nueva, Jumbay, Cuzco
 L. C. E. 49218
 L. C. E. 49218
 L. C. E. 49218

2da. Entrevista

Cambio de Fase

Fecha: 29-4-17

Peso: 69

Talla: 162

IMC: Nul

Resultado de BK: ()

Fecha

Nº de Registro

Resultado de Cultivo: ()

Fecha

Nº de Registro

Diagnóstico de Enfermería

* Déficit de tolerancia relacionada con RAPA al
tratamiento antituberculoso evidenciado por vómitos y náuseas
* Déficit del conocimiento relacionado al tratamiento MDR evidenciado por falta de ingesta
* Ansiedad relacionada con nuevo inicio al tratamiento MDR

Intervención: Paciente presenta poca adherencia al tratamiento, no habiendo
cumplido las tomas diariamente durante los primeros meses, refiriendo que los
pastillos le producen vómitos y náuseas iniciando retro el 15 de marzo medi-
cado por neurólogo por RAPA hepática y el retro se hizo hasta el día
24 de abril, iniciando neurólogo nuevos medicamentos nuevamente desde
dosas cero.



3ra. Entrevista

ALTA

Fecha:

Peso:

Talla:

IMC:

Resultado de BK: ()

Fecha

Nº de Registro

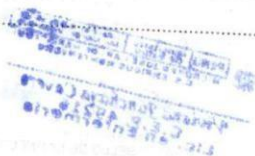
Resultado de Cultivo: ()

Fecha

Nº de Registro

Diagnóstico de Enfermería

Intervención:



ESTUDIO SOCIAL

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres Vasquez Sara Milagros Marilin
 Edad 20 Ocupación estudiante Estado Civil soltera

II. FACTORES DE RIESGO SOCIAL (En el último año)

Factores	Mayor	Vulnerabilidad	Menor
EVALUACIÓN			
PUNTAJE	Ausencia en la familia o Inadecuado (2)	A veces presente Algo o a veces Adecuado (1)	Presente en la familia o Adecuado (0)
I. TIPO DE RELACIONES			
1.1. Tipo de Familia	Otra	Incompleta	Mixta Extensa Completa <input checked="" type="checkbox"/>
1.2. Número de Miembros	06		
Número de Hijos	Hombres + Mujeres		
1.3. Autoridad y Límites entre padres hijos	No adecuado	A veces	Adecuados
1.4. Cohesión Familiar	No adecuado	A veces <input checked="" type="checkbox"/>	Adecuados
1.5. Participación en la solución problemas	No adecuado	A veces <input checked="" type="checkbox"/>	Adecuados
1.6. Comunicación padres - hijos	No adecuado	A veces <input checked="" type="checkbox"/>	Adecuados
1.7. Comunicación Conyugal	No adecuado	A veces <input checked="" type="checkbox"/>	Adecuados
18. Rutinas Familiares	No adecuado	A veces <input checked="" type="checkbox"/>	Adecuados
II. ESTILO DE AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS			
2.1. Búsqueda de Apoyo Social	Ausente	A veces	Presente
2.2. Búsqueda de Apoyo Religioso	Ausente	A veces	Presente
2.3. Búsqueda de Apoyo Profesional	Ausente	A veces	<input checked="" type="checkbox"/> Presente
III. Fuentes de Apoyo al Adolescente	Ausente	A veces	Presente
IV. VALORES			

5.1. Satisfacción con la Vida	Ausente	A veces <input checked="" type="checkbox"/>	Presente
5.2. Sentimientos de Felicidad	Ausente	A veces <input checked="" type="checkbox"/>	Presente
5.3. Rendimiento Académico del Adolescente y Laboral de los padres	Ausente	A veces	Presente
VI. ACUMULACIÓN DE TENSIONES	Ausente	A veces	Presente
VII. PROBLEMAS DE SALUD Y COMPORTAMIENTO			
7.1. Síntomas y Problemas	Ausente	A veces	Presente <input checked="" type="checkbox"/>
7.2. Tratamientos	Ausente	A veces	Presente <input checked="" type="checkbox"/>
VIII. RECURSOS DE LA FAMILIA			
8.1. Educación de los Padres	No tienen	Tienen algo <input checked="" type="checkbox"/>	Tienen
8.2. Ocupación de los Padres	No tienen	Tienen algo <input checked="" type="checkbox"/>	Tienen
8.3 N° de Aportantes a los gastos familiares	Uno	Dos <input checked="" type="checkbox"/>	Más de Dos
8.4 Ingresos, Bienes y Servicios	Inadecuados	Mas o Menos <input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado

III. RIESGO DE IRREGULARIDAD O ABANDONO AL TRATAMIENTO

Existe riesgo de irregularidad y/o abandono de tratamiento SI (☒) No ()

Si la respuesta es SI o NO,

explique. *Paciente remuente, no se siente comprometida con su tratamiento por temor a los medicamentos*

IV. DIAGNÓSTICO SOCIAL

Paciente natural de Lima, poco comunicativa, no tiene compromiso al tratamiento que va llevar, según reportan su hermano hace todo el soporte familiar pero que la paciente no se deja ayudar.

V. PLAN DE ACCIÓN

Orientación Social

Visita domiciliar

Reglamento del Caso

16/01/2014

Fecha

[Firma]

Firma Sello de la Asistente Social